

Organização e Programa do Controle das Infecções Hospitalares

Antonio Tadeu Fernandes
Maria Olívia Vaz Fernandes

A LEI 9.431 E O PROGRAMA DE CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Programa de Controle de Infecção Hospitalar define-se como sendo “um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”. Esta definição consta da Portaria 930/92 do Ministério da Saúde¹, que norteou o controle de infecções em hospitais, desde a sua publicação até a edição da Portaria 2.616/98 (ver final deste capítulo). É necessário entender este conceito em detalhes, pois em janeiro de 1997 foi publicada a Lei do Controle de Infecção Hospitalar², em que foi mantida a mesma definição de Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Alguns termos dessa definição exigem uma especial reflexão, que pode ser feita a partir de definições estabelecidas no Dicionário Aurélio³. “Conjunto de ações” implica pluralidade de atividades, “deliberada e sistematicamente” relaciona-se com a existência de uma metodologia voltada para a ação, “redução máxima possível” traz o conceito de aplicar o que é comprovadamente mais eficiente e que, apesar dos esforços, é impossível eliminar o problema, “a incidência e gravidade” relacionam-se à ocorrência e às repercussões para a saúde individual e coletiva. Segundo as definições referidas, este programa deve ser entendido como uma série de ações conjugadas, praticadas intencionalmente, de forma a prevenir, dentro do conhecimento científico, a ocorrência de infecções hospitalares. Além da prevenção, o programa enfatiza a redução máxima possível da gravidade, que é determinada principalmente pela letalidade desses episódios. Ora, para minimizar sua gravidade, ou seja, a probabilidade de morte dos pacientes com infecção, deve-se interagir com a prescrição de antimicrobianos.

A pergunta que fazemos é: como implantar e implementar este programa de forma a garantir a efetividade de suas ações? Devido à magnitude e complexidade das infecções hospitalares, seu controle deve estabelecer-se de forma contínua e ativa. Para isto, os profissionais que assumirem este desafio devem dedicar-se exclusivamente ao controle de infecções ou, dependendo da complexidade do hospital, pelo

menos parte de sua jornada de trabalho, desde que ininterruptamente⁴. A nosso ver, apesar de vetada a obrigatoriedade do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares, ou que nome venha a ter o núcleo executivo das ações de controle, ele é absolutamente fundamental para se alcançar as metas definidas pela lei. É necessário que esta equipe seja formada por profissionais que estejam envolvidos com a problemática do controle das infecções, com conhecimentos e interesses crescentes em relação ao tema, independentemente de sua especialização profissional, pois tem-se aprendido a controlar as infecções essencialmente na prática e não nos bancos das universidades, em que pesem alguns esforços ainda isolados.

A riqueza do controle de infecções hospitalares vem de sua abordagem multiprofissional, aliás consequência das múltiplas facetas que envolvem a complexa interação do homem com os microrganismos. Nenhuma profissão ou mesmo especialidade detém o monopólio do saber na área. Interação formuladores de políticas de saúde, administradores, infectologistas, microbiologistas, clínicos, cirurgiões, epidemiologistas, sanitaristas, enfermeiros de várias especialidades, farmacêuticos, biomédicos, fisioterapeutas, nutricionistas, advogados, engenheiros, arquitetos, entre outros, cada qual contribuindo, dando sua visão “especializada” do problema. Entendemos o controle de infecção hospitalar como um complexo problema de saúde pública, que foge da órbita restrita de uma única profissão ou especialidade.

A abordagem inicial deste tema, no Brasil, demonstrou isto com bons resultados em várias instituições, independentemente da formação básica dos profissionais que dirigiam seus programas de controle. As discussões multiprofissionais em nível dos centros de treinamento credenciados pelo Ministério da Saúde muito contribuíram para enriquecer nossa visão e difundir o controle de infecções nos principais hospitais brasileiros, pois preocupava-se essencialmente com a formação de recursos humanos e aprimoramento de abordagem científica e crítica em relação às práticas de saúde habituais numa instituição de saúde. Foi criado, assim, um grupo informal que apoiava o trabalho da Divisão de Controle de Infecções Hospitalares do Ministério da Saúde, realizando

um treinamento em massa de recursos humanos, editando manuais e elaborando portarias orientadoras⁵. Das discussões realizadas nos encontros anuais dessas instituições surgiram as bases para a elaboração da Portaria 930/92, que recomendava a busca ativa de casos realizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Entretanto, posteriormente foi observado um progressivo esvaziamento das atividades dos centros de treinamento, que culminaram com sua absurda extinção.

A nova lei que vetou a obrigatoriedade do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar não deixa clara a responsabilidade da execução do programa, que é atribuição do SCIH pela Portaria 930, no projeto original aprovado pelo Senado Federal e submetido à apreciação do Presidente da República. Na prática, as instituições que se preocupam com a problemática das infecções hospitalares estabelecem suas políticas de controle independentemente das obrigações legais. Uns poucos hospitais já tinham suas comissões internas antes da existência de portaria recomendando sua implantação. Anteriormente à Portaria 930, vinha crescendo entre os hospitais a metodologia ativa de vigilância das infecções hospitalares realizada por uma equipe específica, independentemente do que preconizava a legislação, a Portaria MS 196/83⁶. Tudo isto demonstra que, se o controle de infecção orientar-se pelos seus reflexos na qualidade do atendimento prestado, ele consegue se impor, independentemente da legislação existente. Por outro lado, se a prioridade está em cumprir normas legais, fica difícil a manutenção de uma equipe própria no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, apesar da obrigatoriedade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Em 12 de maio de 1998 foi assinada uma nova Portaria para nortear as ações de controle de infecção hospitalar em nosso meio. Esta regulamentação, que recebeu o número 2.616/98, é encarada como uma complementação à Lei Federal 9.432 e acabou por ampliar as recomendações da Portaria anterior. Dentre as principais mudanças introduzidas, destacamos: ela voltou a preconizar a existência de um grupo executivo, contratado especificamente para as ações de controle de infecção, alterando sua composição em termos quantitativos e qualitativos. Assim, o SCIH não é obrigatório, mas recomendado, por ser a melhor forma de se executar integralmente as determinações de um programa de controle de infecção. As atribuições do controle de infecção foram ampliadas e foi melhor definido o papel do Estado, fazendo cumprir e coordenando estas ações. Esta nova Portaria é apresentada na íntegra no final deste capítulo, ao lado de instruções para seu cumprimento e comentários sobre suas repercussões no controle de infecção.

A NOSSA HISTÓRIA NO CONTROLE DE INFECÇÃO

A nossa história, coordenando desde seu início a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital do Sepaco em São Paulo, pode ser tomada como um exemplo para a adequação do controle de infecções à realidade de um hospital privado brasileiro, trazendo importantes ensinamentos, a partir de uma reflexão crítica. Normalmente, o desafio do controle de infecção hospitalar entra em nossa vida pela

necessidade de aprimoramento técnico ou como uma oportunidade oferecida pela administração hospitalar, com o principal objetivo de seguir as recomendações legais. A situação era distinta no final dos anos 70. O tema era praticamente ignorado em nosso meio, com menos de 10 hospitais brasileiros tendo comissões, ainda embrionárias, em que sequer havia uma sistematização dos indicadores epidemiológicos a serem obtidos. Em nível governamental, a única recomendação específica existente era uma orientação sobre o uso de germicidas adequados, restrita aos hospitais próprios do então Inamps⁷.

O Hospital do Sepaco nasceu em 1956, como uma instituição mantida pelo Serviço Social da Indústria do Papel, Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo, responsabilizando-se pelo atendimento gratuito da comunidade papelreira e seus dependentes. Em 1962, arrendou o Hospital Sanitas, realizando lá seus atendimentos, mudando em julho de 1979 para suas instalações próprias de nove pavimentos, três dos quais ainda em construção na época da transferência⁸. No planejamento da mudança, um grupo de profissionais da instituição começou a se reunir, preocupando-se em oferecer assistência aos seus pacientes, dentro dos padrões de qualidade, apesar do funcionamento de alguns setores em áreas provisórias. Também elaboraram um isolamento entre a construção e o hospital em funcionamento, monitorando sua eficácia através de parâmetros confiáveis, como as taxas de infecção.

Este foi o embrião da nossa CCIH que, mesmo antes de iniciar oficialmente suas atividades, já avaliava as condições de atendimento de todos os setores do hospital, de uma forma integrada dentro da estrutura hospitalar. Isto deu início às nossas atividades de vigilância sanitária, que numa abordagem pró-ativa procura prevenir as infecções, avaliando e corrigindo as ações praticadas pela equipe hospitalar. Com a oficialização da comissão em 10/7/80, procuramos sistematizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, respondendo às perguntas: como identificar, notificar, consolidar e avaliar os casos de infecção hospitalar?

Inicialmente, valem-nos das poucas publicações nacionais existentes, pois embora tivesse formação em infectologia, quase nada havia aprendido sobre o tema durante a graduação e residência, mesmo sendo realizada em hospital que já possuía CCIH. Um socorro inicial veio, principalmente, das publicações e cursos de Zanon⁹⁻¹², apresentando critérios diagnósticos gerais e uma metodologia de trabalho, que seria depois referendada pela Portaria MS 196/83⁶. Era preconizado um método passivo de busca de casos de IH, chamado notificação controlada, em que uma ficha era anexada ao prontuário, para ser preenchida pelo médico assistente, por ocasião da alta do paciente. A comissão controlaria a notificação, carimbando os prontuários dos pacientes em uso de antibióticos ou com um processo infeccioso diagnosticado, e, a partir das fichas enviadas, elaboraria suas taxas. Logo de início, esta metodologia se mostrou deficiente, uma vez que passávamos nossas horas de trabalho no serviço de estatística, buscando os casos de infecção hospitalar apenas nos prontuários, pois a grande maioria não era notificada.

No final de 1980 resolvemos, de forma empírica, mudar radicalmente nossa metodologia para torná-la mais eficiente. Elaboramos o chamado Sistema Contínuo de Vigilância Epi-

demiológica. Ele nasceu de uma avaliação crítica dos nossos resultados e rotinas de trabalho até então realizadas. Verificamos que nada motivava nossos colegas a notificarem corretamente as IH, havíamos tentado circulares, cursos e até carta do diretor clínico. Ao invés de observarmos os pacientes enquanto estavam recebendo assistência, perdíamos tempo no SAME estudando o que aconteceu, identificando problemas passados, nada fazendo no momento em que as infecções estavam ocorrendo. Optamos por pesquisar os casos nos pacientes internados, e para isto utilizamos várias pistas diagnósticas, como os resultados dos exames microbiológicos e os laudos dos exames de radioimagem. Nas unidades, fichas eram abertas apenas para os pacientes com procedimentos invasivos ou com suspeita clínica de infecção. A avaliação de todos os pacientes recebendo antibióticos não era uma boa pista, pois muitos antimicrobianos eram utilizados para infecções comunitárias ou na profilaxia de infecções cirúrgicas. Optamos por avaliar apenas aqueles com associação destas drogas ou quando eram introduzidas após três dias de hospitalização. Naquela época, não eram comercializados em nosso meio os antibióticos de última geração, que também passaram a ser monitorados na sua introdução.

Os resultados obtidos foram fantásticos: racionalizamos o nosso tempo, passamos a identificar no ato os casos de infecção hospitalar, com possibilidade real de intervenção. Além disso, o contato com os profissionais nas enfermarias revelou-se rico e gratificante, contribuindo para a integração da equipe, muito mais do que as antipáticas fichas de notificação compulsória. Quando, posteriormente, tivemos acesso à literatura internacional, soubemos que um sistema parecido era aplicado em seus hospitais, recebendo o nome de busca ativa de casos. Seguramente, fomos o primeiro hospital brasileiro a adotar esta metodologia. Quando surgiu a Portaria MS 196/83, recomendando a notificação controlada, efetivamente estávamos adiante e precisávamos comprovar que nosso método era melhor. Neste período, a Dra. Denise Cardo, atualmente no CDC, atuava como infectologista em nossa instituição, onde veio a conhecer o método ativo. Posteriormente, vinculada à Escola Paulista de Medicina, demonstrou em suas teses de pós-graduação a maior eficácia deste método em nosso meio^{13,14}. A segunda portaria ministerial substituiu a notificação controlada pela busca ativa como método recomendado de vigilância para os hospitais brasileiros¹.

Para responder à segunda pergunta (como notificar os casos de infecção?), elaboramos inicialmente fichas extremamente complexas, com múltiplas informações, de preenchimento e tabulação difíceis. Quase tudo era levantado: dados completos de identificação do paciente, com o nome da clínica e equipe responsável pelo atendimento; informações completas sobre seu diagnóstico, enfatizando condições que pudessem levar a imunocomprometimento; a relação de todos os procedimentos invasivos, com as datas de introdução, retirada, nome de quem os realizou e local; o procedimento cirúrgico realizado e seu potencial de contaminação, com data e identificação da equipe cirúrgica e anestésica; nome dos antibióticos prescritos, sua posologia e período de utilização; relação das infecções comunitárias e hospitalares com a data, respectivos agentes e perfil de sensibilidade; destino do pa-

ciente e, finalmente, se algum processo infeccioso foi identificado em seu retorno ambulatorial.

Logo percebemos que esta ficha, além de trabalhosa, trazia informações que nunca foram consolidadas em situações normais e, caso fossem necessárias, podiam ser levantadas do prontuário em estudos específicos elaborados durante um processo de investigação epidemiológica de um surto ou num protocolo experimental. A ficha foi simplificada, trazendo apenas os dados de identificação do paciente, sua equipe de atendimento e a clínica de internação; seu diagnóstico de entrada, as infecções hospitalares, sua data, agentes isolados com o perfil de sensibilidade, procedimentos invasivos possivelmente relacionados e o destino final do paciente. Os dados gerais eram sempre informados, e a ficha era segmentada, tendo um campo para cada topografia de infecção hospitalar. Por exemplo, se um doente desenvolveu uma infecção do trato urinário, somente este campo topográfico é preenchido, sendo pesquisada a utilização de sonda vesical ou outro procedimento urológico, não interessando se ele teve, por exemplo, um cateter vascular central, que por sua vez é levantado apenas nos casos de infecção da corrente circulatória ou do acesso vascular (ver Fig. 82.1).

A consolidação dos dados era mensal e seguia o modelo preconizado por Uriel Zanon¹⁵, referendado posteriormente pela primeira portaria ministerial¹⁶. Eram calculadas: taxas de infecção hospitalar e de pacientes com infecção hospitalar e a distribuição topográfica das IH, para o hospital e cada uma de suas clínicas; os agentes isolados em casos de IH e seu perfil de sensibilidade; a letalidade e mortalidade relacionada às IH. Uma observação interessante pôde ser notada: as taxas iniciais, em torno de 7,3%, logo caíram para cerca de 3,5%, resultado de uma revisão de todos os procedimentos hospitalares, principalmente nos referentes à utilização de germicidas e antibióticos. Como quase todo hospital brasileiro da época, eram aplicados anti-sépticos tóxicos, ineficazes e com grande risco de contaminação de suas soluções. Estes produtos, exemplificados pelo líquido de Dakin, mercuriais e derivados do quaternário de amônia, logo foram abolidos. O instrumental era "esterilizado" por um produto que não era esporicida (*Germikil*) e o ambiente era constantemente formalizado, num ritual mais tóxico para os funcionários do que efetivamente germicida. Estas mudanças foram promovidas segundo as orientações de Zanon¹⁶ e futuramente referendadas pela portaria ministerial já referida.

Como pode ser deduzido da observação da primeira ficha de notificação implantada, inicialmente queríamos saber por que cada caso infectou. Logo vimos que isto era impraticável — deveríamos estabelecer primeiramente o padrão endêmico das infecções na instituição, para posteriormente concentrar esforços nas suas alterações, estudando os surtos e mesmo procurando entender as tendências. Isto pode ser obtido pelo tratamento estatístico dos dados, calculando a média, desvio padrão e os limites endêmicos, considerando o valor de p igual a 0,05 ou menor. Quando um determinado valor ultrapassava este limite, era desencadeada uma investigação para caracterização e controle dos elos da cadeia epidemiológica. A tendência podia ser facilmente observada pela realização de gráficos com os indicadores epidemiológicos obtidos. Inicialmente, tudo isto foi feito de forma artesanal, com lápis,

Ficha de Notificação de Infecção Hospitalar

Nome: _____ Mês/Ano: ____/____ Setor: _____ Adm.: ____/____ Saída: ____/____
 Idade: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____
 RG.: _____ Data inter. ____/____/____ Saída Hospital: ____/____/____ Alta Transferência
 Médico: _____ Setor: _____ Óbito Relacionado IH

Fatores de Risco Gerais (Prévios)

Patologia de Base

- Localizada/RN > 2.500 g
- Sistêmica/RN 1.500 — 2.500 g
- Incapacitado RN < 1.500 g
- Descompensado
- Moribundo

Risco: _____

Manipulação Hospitalar

- Respiratória
- Cirúrgica
- Urinária
- Acesso vascular
- Outras

Risco: _____

Ecologia Hospitalar

- Infecção prévia
- Pré-internação/CTI > 3/ALA > 7 dias
- ATB
- Associação ATB
- ATB última geração

Risco: _____

Infecção Hospitalar/Risco (Até 7 Dias)

ITU
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____

- Sonda vesical
- Irrigação contínua
- Outras: _____

Pneumo
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____
 AG 3: _____
 AG 4: _____

- Antiácido e SNG
- Anestesia local
- EOT/Traqueostomia/Ventilação mecânica
- Outras: _____

Acesso Vascular
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____

Classificação

- Celulite
- Tromboflebite
- Escalp
- Jelco
- Flebotomia
- CVC
- Cat. implantável
- Cat. arterial
- Cat. umbilical
- Shunt AV

Circulatória
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____
 AG 3: _____

Classificação

- Pirogenia
- Bacteremia
- Septicemia
- CVC
- Medic. parenteral
- NPP
- Hemodiálise
- Hemoderivados/Hemoterápicos

Cirúrgica
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____
 AG 3: _____
 AG 4: _____

Classificação

- FOS
 - FOP
 - Interna
 - Cirurgia prolongada
 - Cir. infectada/contaminada
 - ASA >/3
- Classificação: _____ Risco: _____
 Cirurgião: _____

Cutânea
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____
 AG 3: _____

Classificação

- Pustulose
- Celulite
- Onfalite
- Dreno
- Mastite
- Escara pressão
- Escara trauma
- Diálise
- Dermatite
- Queimado
- Coto
- Outra: _____

Geca
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____

- Nutrição enteral
- SNG
- Antiácido/Bloq. H₂
- ATB

Outras
 Data: ____/____/____
 AG 1: _____
 AG 2: _____
 Especificação: _____

Classificação

- SNC
- Cardíaca
- Reprodutor
- Intracavitária
- Osteoarticular
- Oftálmica
- Otológica
- Oral
- Sistêmica
- IVAS

Fig. 82.1 – Ficha de notificação de infecção hospitalar.

régua, borracha, papel milimetrado e uma calculadora com funções estatísticas.

Hoje estamos informatizados, adaptando o pacote *Office* para nossos propósitos. As infecções são notificadas e consolidadas em um banco de dados (*Access*), gráficos e planilhas para cálculos dos limites endêmicos são obtidos pelo *Excel*, relatórios são editados no *Word* e o material didático é elaborado no *Power Point*. Embora a informática esteja bastante difundida nos hospitais brasileiros e esses aplicativos possam ser facilmente adaptados, cumpre destacar que muito do nosso trabalho foi quase totalmente manual; logo, a inexistência de um computador à disposição não deve ser encarado como fator impeditivo para o trabalho do controle de infecção.

Com a conclusão do prédio do hospital, todos os setores foram transferidos para seus locais definitivos e foi inaugurada a terapia intensiva. A maior complexidade dos pacientes internados e da assistência prestada motivou um acompanhamento diferenciado, sendo elaborada uma ficha diária de evolução, onde são notificados de forma integrada por topografia os procedimentos invasivos, os sinais clínicos de infecção e os resultados positivos dos exames subsidiários. Além disso, em um campo especial são relacionados os antibióticos prescritos. Esta ficha facilitou bastante o acompanhamento destes pacientes, sendo posteriormente estendida para todos os setores do hospital, para avaliação dos pacientes egressos desta unidade e aqueles que ficaram internados por mais de sete dias (ver Fig. 82.2). No início dos anos 90, quando tivemos conhecimento da metodologia NNIS¹⁷, foi fácil sua adaptação ao nosso modelo de vigilância, pois as principais informações já eram obtidas, e com poucas mudanças pudemos aplicá-la experimentalmente em 1991 e torná-la parte de nossa rotina no ano seguinte, inclusive dando-lhe um tratamento estatístico.

Desde seu início, o nosso trabalho teve repercussão favorável, existindo inúmeros convites para nossa equipe mostrar suas atividades em palestras, cursos e congressos. Com isto fomos identificando e agrupando profissionais interessados no tema, que davam seus primeiros passos nesta atividade, demonstrando interesse em conhecer nosso serviço. Tivemos a idéia de nos reunirmos em um grupo informal, multiprofissional e interinstitucional, que originou em 6/12/82 o Núcleo Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Toda a divulgação da infecção hospitalar relacionada ao dramático episódio do Presidente Tancredo Neves e a sensibilização do Ministério da Saúde para o problema, editando um manual e elaborando um curso, encontrou neste grupo um forte aliado. Fomos formados como monitores do curso ministerial e nossa instituição credenciada como centro de treinamento de um programa que mudou radicalmente o panorama do controle de infecção, introduzindo-o nos principais hospitais do país. Integrando todos os centros de treinamento do Estado de São Paulo, fundamos em 15/5/83 e presidimos nas suas duas primeiras gestões, a associação pioneira de controle de infecções criada no Brasil (Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar — APECIH), que realizou em outubro de 1989 o Primeiro Congresso Brasileiro de Controle de Infecção Hospitalar, evento de caráter internacional, que teve a participação de mais de mil profissionais.

Hoje, somamos a experiência de atuar também em outras instituições, e este livro, particularmente este capítulo, é mais que uma simples coletânea de bibliografia internacional, procurando descrever como é possível adaptar o controle de infecções à realidade de um hospital privado brasileiro, adequando-o às recomendações oficiais, mas indo além, trazendo para o nosso dia-a-dia os estudos realizados em renomadas

Ficha de Vigilância Contínua de Pacientes Especiais													
HOSPITAL E MATERNIDADE							PACIENTE						
DIAGNÓSTICO: _____							PESO RN _____ SEXO: _____ IDADE: _____						
SISTEMA DE VIGILÂNCIA CONTÍNUA CCIH							CLÍNICA: _____ FICHA: _____						
Data													
Leito													
Urinário													
Vascular													
Respiratório													
Cirurgia													
Antibiótico													
Outros													

Fig. 82.2 – Ficha de vigilância contínua de pacientes especiais.

instituições de ensino e pesquisa, mostrando como é possível realizar um trabalho de ponta dentro de cada instituição que se preocupa com a qualidade do atendimento prestado.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO CONTROLE DE INFECÇÃO

A Lei 9.431, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de Programa de Controle de Infecção Hospitalar pelos hospitais do país, não define como fazê-lo. Logo, a Portaria MS 930/92 continua sendo um guia referencial a partir de suas recomendações¹⁸, pois suas disposições não entram em conflito com a lei, apenas a complementam. Até recentemente, quem melhor definia em nosso meio o papel da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar era a Portaria 930 do Ministério da Saúde¹. Portanto, é baseado nesta referência que abordaremos a competência do SCIH e da CCIH. Como já dissemos, ao final deste capítulo apresentamos a nova Portaria 2.616, onde as principais alterações em relação à Portaria 930 são destacadas. Assim, entendendo que muitos hospitais já estão estruturados de acordo com a Portaria 930 e deverão fazer a “migração” para a nova recomendação, apresentaremos a seguir as recomendações da Portaria 930, que permanecem válidas, deixando as alterações para o final deste capítulo. Compete a CCIH:

- definir diretrizes para a ação de controle de infecções hospitalares;
- ratificar o programa anual de trabalho do SCIH;
- avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares;
- avaliar sistemática e periodicamente as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle propostas pelo SCIH;
- comunicar regular e periodicamente à direção e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

Por outro lado, são atribuídos ao SCIH:

- elaborar, implementar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;
- implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
- propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções;
- cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de infecções hospitalares;

- elaborar e divulgar regularmente relatórios;
- cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

Relação de Doenças de Notificação Compulsória

1) Em todo o território nacional

Cólera
Coqueluche
Dengue
Difteria
Doença meningocócica e outras meningites
Doença de Chagas (casos agudos)
Febre amarela
Febre tifóide
Hanseníase
Leishmaniose tegumentar e visceral
Oncocercose
Peste
Poliomielite
Raiva humana
Rubéola
Síndrome de rubéola congênita
Sarampo
Sífilis congênita
AIDS
Tétano
Tuberculose
Varíola
Hepatites virais
Polirradiculite

2) Em áreas específicas

Esquistossomose (exceto nos Estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Pernambuco, Sergipe)
Filariose (exceto em Belém e Recife)
Malária (exceto na Amazônia Legal)

Fig. 82.3 – Doenças de notificação compulsória.

- notificar ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica (Fig. 82.3), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

Em resumo, a CCIH representa, através de seus membros, fortalecimento e apoio ao trabalho que, de forma contínua, o SCIH realiza. É um instrumento de integração do controle de infecção com os setores do hospital e administração. Deve validar e divulgar suas deliberações, contribuindo

do, devido à diversidade de formação de seus integrantes, com a elaboração dos princípios gerais de atuação, adaptados à realidade de cada instituição. Um aspecto importante para que o controle das infecções hospitalares se torne efetivo é a existência de um trabalho de equipe, representando os diversos setores dentro da dinâmica hospitalar. A existência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar favorece esse trabalho, tendo como função aglutinar interesses e esforços para atingir os propósitos estabelecidos, através de prioridades definidas pela própria comissão.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deve ser nomeada pela direção do hospital, que desta maneira estará formalizando e validando a existência da comissão. Deve ser composta por representantes dos serviços que, direta e indiretamente, prestam cuidados aos pacientes. A Portaria recomenda como membros da CCIH: serviços médico, de enfermagem, de farmácia, laboratório de microbiologia e administração¹. Além deles, podemos citar como de importância os serviços de nutrição e dietética, lavanderia, higiene, diagnóstico e imagem, manutenção, recursos humanos, entre outros. A composição da CCIH deve ser feita, portanto, de acordo com a estrutura do hospital, considerando seu porte, especialidades médicas e o quadro de pessoal, incluindo os serviços terceirizados. O seu presidente deve ter assento nos órgãos deliberativos da instituição, fato este determinado pela Portaria, assegurando representatividade nos órgãos decisórios, procurando mudar uma característica de muitas comissões existentes: bem intencionadas, mas distantes das decisões, conseqüentemente reclamando muito, mas fazendo pouco. A maioria dos hospitais nomeia seu diretor clínico ou superintendente para exercer esta função.

A CCIH pode ser ampla, com a participação de muitos setores do hospital, como também pode ser restrita a profissionais que estão mais diretamente ligados aos pacientes. As vantagens de uma comissão ampla é tornar-se mais representativa, facilitando as decisões, a divulgação e a implantação das propostas e das medidas. As desvantagens estão geralmente relacionadas à sua operacionalização, podendo ser uma tarefa complicada reunir todos os membros, e em alguns locais parece que é necessário parar o hospital para haver reuniões da CCIH. Também se corre o risco de não haver interesse de todos os membros quando o assunto é específico, desmotivando a participação no grupo¹⁹. Uma alternativa é ter uma comissão menor e, adicionalmente, realizar reuniões setoriais periódicas em que deve-se dar, em linhas gerais, as informações do controle das infecções e abordar os assuntos diretamente ligados aos setores envolvidos²⁰.

Outra consideração importante a fazer é sobre as reuniões, que custam caro para a instituição e para os seus membros e que, se não forem bem organizadas e dirigidas, podem levar a verdadeira perda de tempo e frustração. Alguns cuidados são básicos: agendar reuniões com antecedência, geralmente não superior a 15 dias; caso contrário, os convocados esquecerão dela. Se existe um calendário preestabelecido, é melhor lembrar os membros, quando estiver próximo do dia. Procurar marcar em horário e local acessível. A reunião deve ter horário para começar e terminar, pauta com os assuntos previamente definidos e um coordenador. Para toda reunião é importante fazer uma ata que deve ser lida

ao início e conter data, membros que participaram e ausências justificadas, assuntos abordados, conclusões e tarefas; validá-la, solicitando aprovação e ciência dos participantes²⁰.

Para planejar e executar as ações de controle de infecção hospitalar, de acordo com a Portaria 930, deve existir o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, que entre suas funções tem a de elaborar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar¹. Segundo esta Portaria, o SCIH "deverá ser integrado por profissionais e técnicos lotados no hospital, compreendendo pelo menos um médico e um enfermeiro, preferentemente com formação epidemiológica, para cada 200 leitos ou fração deste número. O período de trabalho do médico e do enfermeiro no serviço será, no mínimo, de quatro horas e seis horas, respectivamente, exigindo-se do último lotação exclusiva no SCIH"¹. A exigência de profissionais exclusivos para o controle de infecção surgiu a partir da constatação da ineficácia da notificação voluntária das infecções hospitalares, necessitando que uma equipe própria coordenasse esta atividade.

Baseado na experiência inglesa²¹, que introduziu o enfermeiro controlador de infecção, o CDC iniciou em 1968 um programa de treinamento destes profissionais para realizar esta tarefa em tempo integral²². Levantamento feito em 1983 detectou que praticamente todos os hospitais americanos tinham profissionais exercendo esta atividade, sendo que 85% eram enfermeiros e o restante biomédicos ou microbiologistas²³. Em pequenos hospitais, este profissional exercia esta atividade em tempo parcial, completando sua carga horária em uma das seguintes atividades: educação continuada, supervisão de centro cirúrgico e, mais recentemente, controle de qualidade²⁴. Dentre as atividades diárias deste profissional destacam-se²⁵:

- identificar prontamente os riscos de infecção em pacientes, funcionários e equipamentos;
- diagnosticar e notificar todos os casos de infecção hospitalar;
- orientar e avaliar a implantação de medidas de isolamento, além de introduzir procedimentos adicionais para prevenção da disseminação de microrganismos altamente resistentes aos antibióticos;
- inspecionar a aplicação correta de técnicas assépticas;
- ser um elo de ligação entre todos os setores do hospital a respeito das atividades do controle de infecção;
- executar ações de vigilância sanitária em todos os setores da instituição, cujas atividades possam estar relacionadas à infecção hospitalar, identificando problemas e colaborando na elaboração de medidas corretivas;
- colaborar com o serviço de saúde ocupacional na elaboração de registros e no controle de acidentes que envolvam risco de agente biológico, assim como na orientação sobre o afastamento de funcionários com doenças transmissíveis ou com patologias que favoreçam a veiculação de microrganismos hospitalares;
- informação imediata para as autoridades sanitárias sobre os casos de doenças de notificação compulsória;
- ser o elo de ligação com outras instituições de saúde sobre casos de infecção hospitalar transferidos;

- subsidiar informações aos familiares a respeito de orientações sobre a manipulação de pacientes infectados;
- participar de atividades de ensino teórico/prático em técnicas do controle de infecção para todos os profissionais da instituição.

Nos Estados Unidos, na maioria dos hospitais que possuem controle de infecção, a chefia deste serviço é exercida por um médico. Em hospitais de ensino, e mesmo em grandes hospitais comunitários, ele se dedica em tempo integral a esta tarefa e recebe treinamento em epidemiologia hospitalar. Em hospitais comunitários menores, esta tarefa pode ser exercida por um médico do corpo clínico, mas que dedica parte do seu tempo exclusivamente esta atividade. Quanto à especialização deste profissional, um estudo realizado nos anos 70 detectou que 40% eram patologistas, 18% clínicos (dos quais aproximadamente a metade era de infectologista), 12% cirurgiões e 20% de outras especialidades. Cerca de 10% das instituições tinham um microbiologista não-médico exercendo esta atividade. A partir da década de 80, observou-se tendência a uma maior participação de infectologistas em hospitais de ensino. Naquele país, apenas 1/3 destes profissionais tinha recebido algum treinamento; por isso, a partir de 1990, foi elaborado um curso específico²⁶. Por sua vez, na Inglaterra, há um grande predomínio de microbiologistas exercendo esta função. Em levantamento realizado em 1987, 81% dos profissionais eram microbiologistas, 8% eram patologistas e o restante era das demais especialidades médicas, incluindo infectologistas, sanitaristas e cirurgiões²⁷.

Sua principal função é atuar como consultor e chefe do SCIH. Deve orientar todas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e ter autonomia e conhecimento para coordenar atividades emergenciais *ad referendum* da CCIH. Deve assistir à evolução de doenças contagiosas e implantar programas de orientação da prescrição de antibióticos. Deve apoiar cientificamente todas as ações de controle de infecção realizadas na instituição, assistindo seus profissionais, fornecendo referências bibliográficas atualizadas para investigação de surtos ou mesmo em ações voltadas à redução das infecções endêmicas. Este profissional deve ter fluência, autoridade e liderança para exercer seu cargo, estando permanentemente atualizado, atuando como representante das autoridades sanitárias na instituição. Progressivamente, sua ação vem englobando a epidemiologia hospitalar, participando ativamente de programas de qualidade²⁸.

Diferentemente dos Estados Unidos, na Europa as ações de controle de infecção hospitalar estão baseadas no laboratório de microbiologia e em higiene hospitalar. De acordo com Widmer et al.^{28a}, estas diferenças podem ser explicadas pelo sistema predominante de pagamento, com base no reembolso das diárias e dos serviços hospitalares e não em valores preestabelecidos, que estimula ações preventivas para diminuir os custos. Assim, embora na maioria dos países exista um comitê de controle de infecção por hospital, a presença de enfermeiras no controle varia de um para cada 250 leitos na Islândia e Holanda, para acima de 1.000 leitos na Bélgica e apenas 60 profissionais em toda a Suécia. A presença de médicos é ainda menor, variando de um para 300 leitos na Alemanha até países como a Finlândia no qual não existe profissional com esta especificação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES DO CONTROLE DE INFECÇÃO

A administração hospitalar recebe o apoio de várias comissões em assuntos específicos de ordem ética, técnica ou mesmo administrativa. Com este objetivo, são criados vários comitês, alguns até regulamentados por legislação específica. Destacam-se: Comissões de Ética; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Óbitos; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Padronização de Artigos e Insumos Médico-Hospitalares; Comissão de Prevenção Interna de Acidentes; Comissão de Controle de Qualidade e a própria Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Estes comitês fazem uma análise da situação local e aplicam os conhecimentos disponíveis sobre o assunto, apoiando e auditorando o exercício profissional²⁹. Portanto, dentro de uma estrutura organizacional, o controle de infecção é um órgão de consultoria à direção do hospital e a todos os profissionais que atuam diretamente com o paciente ou em atividades de apoio, em assuntos relativos à prevenção e controle das infecções hospitalares. Discutiremos as principais ações do controle de infecção, baseadas em nossa experiência. A fundamentação teórica encontra-se nos demais capítulos deste livro.

São prerrogativas básicas para que o SCIH possa atuar: ter livre acesso aos setores do hospital e prontuários; ter contato com o paciente e seu médico quando necessário; solicitar exames complementares que não tenham sido pedidos, a fim de esclarecimento do diagnóstico e da cadeia epidemiológica de infecção hospitalar após comunicação com o médico responsável pelo paciente. Também outros exames especializados podem ser solicitados para detectar disseminadores, avaliar procedimentos, produtos e artigos.

PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar deve ser elaborado e executado pelo SCIH e submetido à avaliação e aprovação da CCIH e diretoria do hospital. A equipe do SCIH deve manter-se atualizada técnica e cientificamente sobre o controle de infecção, adequando seu trabalho às normas éticas e legais vigentes. Deve, também, avaliar as necessidades da equipe multiprofissional, através da interpretação de dados epidemiológicos obtidos, observação da execução das atividades prestadas direta ou indiretamente aos pacientes, além de atender às solicitações dos profissionais que atuam na instituição. O controle de infecção é sua meta máxima, e a equipe hospitalar, sua principal clientela³⁰. Suas metas a curto prazo devem fazer parte do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, obrigação legal, que deve ser elaborado de preferência anualmente, para ser discutido e aprovado pela CCIH. Para tanto, o SCIH deve fornecer subsídios para estas tarefas e, após sua aprovação, executá-lo e submetê-lo periodicamente à avaliação da CCIH quanto ao cumprimento de seus principais objetivos, revisando continuamente sua estratégia¹.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DETERMINAÇÃO DOS LIMITES ENDÊMICOS

A vigilância epidemiológica deve ser entendida como a obtenção de informação para a ação³¹. Como vimos no Cap.

78, existem vários sistemas de vigilância epidemiológica que podem ser implantados; até o presente momento, o único validado é a vigilância global da instituição, realizada pelo método da busca ativa de casos⁴. Inicialmente, devem ser definidos os parâmetros a serem avaliados epidemiologicamente no estudo das infecções hospitalares e de seus fatores de risco. A Portaria MS 930/92 recomenda que pelo menos sejam obtidas mensalmente a taxa de doentes com IH, a taxa de IH e a estrutura percentual de IH por localização topográfica no paciente¹. Adicionalmente, devemos calcular estes indicadores por clínica/serviço e dados sobre a microbiota hospitalar, incluindo agentes isolados e sua susceptibilidade aos antimicrobianos. Sempre que possível, as infecções hospitalares devem ser relacionadas a fatores predisponentes para orientação das medidas de controle.

Na estruturação do sistema de vigilância, é muito importante que se avaliem previamente a capacidade de fornecimento de informações da equipe de atendimento, os registros médicos hospitalares e o sistema de informática implantado. Esta atividade deve ser realizada preferentemente em todos os pacientes internados, valorizando o contato direto com a equipe de atendimento e informações originadas da observação direta do paciente, análise de prontuário e resultados de exames laboratoriais e de diagnóstico por imagem. Esta pesquisa deve ser feita de forma contínua, sistemática e o mais abrangente possível, através do método de busca ativa de casos de infecção hospitalar³².

As pistas para investigação de episódios são de grande utilidade para diagnosticar as infecções, pois complementam e tornam o trabalho mais dinâmico, otimizando o tempo despendido para as ações de vigilância. As solicitações dos exames microbiológicos, bem como seus resultados, os laudos de exames de diagnóstico e imagem, as solicitações de liberação de antimicrobianos restritos, podem ser enviadas diariamente para o SCIH, onde estas informações seguem um fluxo que possibilita verificar se o paciente está sendo acompanhado pela vigilância, atualizar seus dados e confirmar casos de infecção hospitalar.

Outro aspecto que vale colocar aqui é a importância do contato diário com o laboratório, para que agentes que raramente ou nunca foram isolados no hospital sejam notificados prontamente ao SCIH, para serem imediatamente investigados, pois podem ser indícios da introdução de nova fonte de contaminação. Além disso, pacientes com germes multirresistentes necessitam de medidas especiais no seu atendimento, portanto o laboratório de microbiologia deve comunicar imediatamente ao SCIH após a sua identificação³³. Pode também ser dada orientação quanto ao antibiótico prescrito, caso seja necessária adequação ao perfil de sensibilidade.

No prontuário, as prescrições e evoluções médica e de enfermagem fornecem informações sobre diagnóstico de entrada e/ou posterior mudança, procedimentos invasivos como cirurgia, cateteres vasculares, sondas, drenos, intubação, traqueostomia, procedimentos endoscópicos, febre, introdução, associação ou alteração de antimicrobianos na prescrição e outras terapêuticas pertinentes. Ainda são informações importantes: data da internação, reinternação, transferência de outro serviço externo ao hospital e procedimentos invasivos lá realizados, transferência interna ao hospital, outras informações do tipo ficha de cirurgia, encaminhamentos, pedidos

de interconsultas, relatório médico, resumo de alta. Ao anotar os dados de interesse do controle de infecção durante a vigilância, deve-se tomar cuidado para não esquecer datas de início e término das informações citadas anteriormente, a fim de relacionar e estudar os fatores de risco de infecção hospitalar. Além disso, o contato com a equipe de atendimento é bastante rico para completar estas informações.

Um passo fundamental para o levantamento epidemiológico é a uniformidade metodológica, que principia por uma definição precisa do objeto em estudo. Uma uniformização de critérios permite comparabilidade de dados e condutas, favorecendo o intercâmbio de informações. Os critérios diagnósticos de infecção hospitalar aceitos internacionalmente são os elaborados pelo CDC (Center for Diseases Control) de Atlanta³⁴, em que se baseia a legislação brasileira. Entretanto, em alguns pontos, a sua interpretação suscita dúvidas, por isso eles estão detalhadamente descritos e comentados neste livro, nos vários capítulos que abordam as síndromes infecciosas e a epidemiologia das infecções hospitalares. Deve-se ressaltar que as definições são propostas sob o ponto de vista epidemiológico, que centraliza seus interesses em populações, podendo às vezes divergir do diagnóstico clínico do caso individual. Por exemplo, a prescrição, muitas vezes inadequada, de antibiótico a um paciente febril, sem foco infeccioso identificado, é classificada como infecção sistêmica primária, pois a prescrição terapêutica de um antibiótico, sob o ponto de vista epidemiológico, pressupõe o diagnóstico de uma infecção bacteriana ou fúngica, e como sua topografia não está definida, é classificada como sistêmica.

Os casos de infecção hospitalar e seus fatores de risco devem ser notificados em ficha própria para serem consolidados mensalmente, com o objetivo de estabelecer o comportamento histórico e os limites endêmicos dos parâmetros avaliados no controle de infecção (ver Fig. 82.1). A consolidação mensal deve ser realizada em relatório específico, interpretando seus principais achados através de gráficos, tabelas e comentários adicionais³⁵. O comportamento epidemiológico é determinado pelo cálculo de suas tendências e índices endêmicos, considerando como limite o intervalo determinado por 95% das observações esperadas³⁶. Em nossa instituição, optamos por calcular estes limites também em relação ao número de episódios, facilitando o diagnóstico imediato de suas alterações.

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A investigação epidemiológica deve ser acionada imediatamente todas as vezes que for identificado um surto ou outro agravo inusitado. Em uma primeira etapa, esta alteração deve ser confirmada e o problema a ser investigado deve ser definido, na medida do possível, em termos clínicos, laboratoriais e microbiológicos. A sua distribuição deve ser determinada por parâmetros de tempo, lugar e fatores predisponentes. Deve-se realizar um estudo bibliográfico, incluindo a pesquisa de surtos semelhantes e dados microbiológicos sobre os agentes envolvidos. Neste particular, os Capítulos 12 ao 17 e o 79 deste livro são de utilidade fundamental. Deve-se estimular a participação da equipe multiprofissional de atendimento aos pacientes envolvidos, através da discussão do problema em estudo e da avaliação dos cuidados prestados.

Deve-se formular hipóteses sobre a cadeia epidemiológica envolvida, destacando-se a fonte ou reservatório do microrganismo, o meio de transmissão e suscetibilidade dos pacientes atingidos. Esta hipótese pode ser testada por exames microbiológicos e indicadores epidemiológicos de correlação, como o teste do qui-quadrado e cálculos do risco relativo. As medidas de controle devem ser formuladas a partir da confirmação da hipótese ou de problemas detectados durante a investigação do surto, e sua eficácia deve ser avaliada por indicadores epidemiológicos. Sempre devem ser elaborados relatórios específicos descrevendo o surto, sua cadeia epidemiológica, as medidas de controle propostas e executadas, seus resultados e recomendações³⁷.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A vigilância sanitária é uma atividade que acompanha os bastidores do hospital, avaliando todas as ações desenvolvidas sob o ponto de vista do controle de infecção. Realiza uma abordagem pró-ativa, pois detecta e corrige problemas antes mesmo que eles repercutam nos indicadores epidemiológicos. Observa os cuidados prestados direta ou indiretamente aos pacientes, identificando problemas em relação à estrutura física, insumos, equipamentos ou aos próprios procedimentos. Revisa rotinas e técnicas a partir de sua atualização científica e legal. Pela verificação, avaliação e orientação, define prioridades visando ao aprimoramento da qualidade assistencial.

IMPLANTAÇÃO DE MEDIDAS DE PROTEÇÃO ANTIINFECCIOSA

O controle de infecção deve estabelecer critérios para seleção e utilização dos métodos de proteção anti-infecciosa (limpeza, sanitização, desinfecção, esterilização e anti-sepsia) em áreas, artigos, pacientes e equipe de saúde. O processo aplicado deve estar de acordo com o risco de transmissão de infecção, que é classificado em crítico, semicrítico e não-crítico. É importante que a instituição estabeleça uma política de germicidas, uma vez que os produtos são elaborados a partir de formulações químicas, que geralmente apresentam grau de toxicidade variado, espectros de ação específicos, indicação, riscos ocupacionais, reações com diferentes artigos, diluição/ativação, conservação, validade e outros aspectos que devem ser considerados antes de sua aquisição³⁸. Os produtos adquiridos devem estar de acordo com as especificações oficiais, como registro no Ministério da Saúde, não valendo protocolo; testes de irritabilidade e de espectro de ação; rótulo contendo princípio ativo, data de fabricação, validade, preparo, precauções para manipulação, indicação/contraindicação e o próprio registro.

Outras medidas importantes para evitar a disseminação de microrganismos no hospital são o isolamento de pacientes com algumas patologias transmissíveis e a instituição das precauções padrão³⁹. Os controladores de infecção devem estar atualizados técnico-cientificamente em doenças infecciosas e suas formas de transmissão para elaboração de medidas de isolamento e precauções padrão, e colaborar com a difusão dessas informações, elaborando um manual específico e supervisionando a sua aplicação. Deve colaborar

com a detecção de casos suspeitos de doenças transmissíveis, durante as ações de vigilância epidemiológica das IH, indicando e suspendendo os isolamentos, resolvendo dúvidas do corpo clínico, enfermagem e outros serviços.

POLÍTICA DE CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS

Atendendo às recomendações da Portaria MS 54/96⁴⁰, todo hospital deve instituir um comitê visando à racionalização da prescrição de antimicrobianos correlacionado com o perfil de sensibilidade das cepas isoladas em casos de infecção hospitalar. Para isso devem ser estudados e divulgados o padrão microbiológico das infecções hospitalares e o perfil de sensibilidade dos microrganismos isolados. Em conjunto com a farmácia devem ser estudados o perfil de consumo de antimicrobianos e suas repercussões na microecologia hospitalar, consolidando informações obtidas na vigilância epidemiológica e os dados fornecidos pelos Serviços de Farmácia e Microbiologia Clínica. É fundamental definir, em conjunto, Comissão de Padronização de Medicamentos com o aval da direção e Comissão de Ética Médica, uma política de racionalização do consumo de antimicrobianos e avaliar seus resultados.

SAÚDE OCUPACIONAL

A partir da atualização técnico-científica em controle de riscos biológicos no ambiente hospitalar, o controle de infecção deve propor e colaborar com o SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) e a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) na elaboração de medidas de prevenção e transmissão de infecções entre pacientes e a equipe de saúde, com ênfase especial na análise e prevenção da ocorrência de acidentes com perfurocortantes, colaborando na elaboração de protocolos. Deve também colaborar na determinação das funções que estão sob risco aumentado de determinados agentes biológicos para elaboração de campanhas profiláticas e medidas de controle específicas, incluindo imunização. Uma outra interação com a saúde ocupacional é a determinação do período de afastamento de funcionários com doenças transmissíveis suspeitas ou diagnosticadas pelo médico e intercambiar informações com o departamento médico sobre a ocorrência de infecções em profissionais no hospital⁴¹.

APRIMORAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O controle de infecção é o responsável pela atualização científica dos profissionais de saúde no que se refere ao tema, repassando as informações para a equipe de saúde. É necessário um levantamento bibliográfico sobre infecção hospitalar, organizando-se um acervo para consultas da equipe e de toda a comunidade hospitalar. Pode levantar prioridades educativas a partir das ações de vigilância e cooperar com o setor de desenvolvimento e treinamento de recursos humanos na identificação das necessidades de treinamento, auxiliar na elaboração e execução destes projetos, atendendo também às solicitações da educação continuada, da administração e demais departamentos do hospital, fornecendo pareceres, subsídios técnicos, legais e éticos, auxiliando-os na tomada de

decisões em assuntos relacionados ao controle das infecções hospitalares. Deve colaborar com a elaboração e revisão de manuais do hospital, no que estiver relacionado às IH, seus fatores de risco e as medidas de controle⁴².

Particularmente, deve difundir e supervisionar entre os profissionais de saúde o método da lavagem das mãos, medida fundamental para o controle de infecção, mas frequentemente negligenciada, avaliando a execução pela equipe hospitalar das normas que visam a limitar a disseminação de agentes infecciosos, estudando epidemiologicamente a ocorrência de transmissão cruzada de IH nas várias unidades hospitalares. Deve elaborar orientações sobre as várias técnicas de lavagem das mãos e suas aplicações, e cooperar com treinamento de recursos humanos, para difundir na equipe de saúde a importância e a execução correta desta técnica. É importante verificar as condições facilitadoras para tal procedimento nas várias atividades executadas pela equipe de saúde, entendendo-se pia, saboneteira adequada e toalheiro, além de elaborar, implementar e supervisionar a utilização de recursos alternativos à lavagem das mãos, como por exemplo, álcool glicerinado. Finalmente, deve supervisionar a aderência da equipe de saúde à lavagem das mãos, observando durante as atividades de vigilância a aderência da equipe de saúde às recomendações sobre lavagem das mãos, incluindo sua realização e técnica. Caso necessário, pode elaborar periodicamente campanhas educativas específicas para reforçar a necessidade de lavagem das mãos.

APRIMORAMENTO DA QUALIDADE

A abordagem da qualidade está presente no controle de infecção hospitalar desde os trabalhos pioneiros de Semmelweis, em 1847. A equipe do controle de infecção deve participar dos esforços institucionais para o aprimoramento contínuo da qualidade, intercambiando indicadores epidemiológicos, que fornecem parâmetros de avaliação e aprimoramento contínuo da qualidade, além da metodologia de análise de dados e de implementação de medidas corretivas, colaborando com as ações educativas e avaliação de resultados⁴³.

O controle de infecção tem clientes externos e internos. Aos pacientes deve fornecer subsídios, além de colaborar com a elaboração de material explicativo aos usuários do hospital sobre o risco de infecção hospitalar e os esforços desenvolvidos para o seu controle. Ao corpo clínico deve divulgar informações sobre as IH e seu controle, além das principais referências bibliográficas sobre os avanços no tema, a fim de obter um aprimoramento contínuo e maior integração. A divulgação sigilosa de dados sobre a ocorrência de infecção hospitalar é um importante instrumento de aprimoramento profissional, com resultados comprovados na qualidade do atendimento⁴⁴.

APOIO ADMINISTRATIVO

O controle de infecção deve estar inserido na estrutura administrativa do hospital, fornecendo dados para suas decisões, no que se refere às infecções hospitalares. Para tanto, deve contribuir para a avaliação do impacto econômico das IH e da relação custo/benefício das ações de controle execu-

tadas, fornecendo subsídios para orientar investimentos em biotecnologia ligados ao controle de infecção. A sua participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica e na Comissão de Padronização de Materiais e Insumos é exemplo concreto de apoio administrativo.

CUMPRIMENTO DE NORMAS ÉTICAS E LEGAIS

A equipe de controle de infecção deve conhecer e divulgar as normas éticas e legais vigentes relacionadas ao controle da IH, estudando as suas implicações nos cuidados prestados aos pacientes, ouvindo o departamento jurídico e a Comissão de Ética, quando necessário. Deve também cooperar com as ações de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes, integrando-se com os demais setores do hospital para coordenar o atendimento às solicitações. É de sua responsabilidade a notificação ao organismo da gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em quaisquer dos serviços ou unidades do hospital e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva. Por isso necessita conhecer e divulgar a relação das doenças sob vigilância epidemiológica (ver Fig. 82.3), inclusive aquelas que requeiram notificação imediata, ou seja: os casos suspeitos de cólera, dengue, difteria, febre amarela, febre tifóide, leptospirose, meningite bacteriana, meningococemia e poliomielite. Deve notificar à Vigilância Sanitária do SUS casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções ou outras contaminações associadas à utilização de insumos e produtos industrializados¹.

Como podemos observar, um programa de controle de infecção hospitalar efetivo, ou seja, quando sua existência não cumpre apenas formalidades, vai além da proposta de manter em níveis aceitáveis as infecções daquela instituição. Torna-se, com certeza, uma das bases estruturais para um atendimento de excelência, dando credibilidade ao hospital e aos profissionais que lá atuam e, o que é mais importante, segurança aos seus pacientes.

REPERCUSSÕES DA PORTARIA MS 2.616/98 NO CONTROLE DE INFECÇÕES

Durante a elaboração deste livro tivemos amplas mudanças na regulamentação do controle de infecções no Brasil. Começamos sob a égide da Portaria MS 930/92, sofremos o impacto negativo dos vetos da Lei Federal 9.431 e, finalmente, tivemos uma nova Portaria ministerial, ampliando o nosso campo de atuação e até definindo melhor o papel do Estado, gerenciando as ações de controle estabelecidas. Este incrível vaivém de determinações legais torna cada vez mais claro nosso ponto de vista já apresentado outras vezes neste livro, ou seja, o controle de infecções deve estar baseado nos seus resultados, fundamentando a partir disso o seu apoio dentro da instituição, pois suas conseqüências sobre a qualidade da assistência prestada são mais que suficientes para a justificativa da sua manutenção. Por outro lado, se ele for criado apenas para o cumprimento das normas legais vigentes em

um determinado momento, seguramente se tornará mais um pesado ônus para o já combalido orçamento de muitas instituições, além de ter sua fragilidade também imposta pela dança das forças político-econômicas que disputam o poder nacional.

Inicialmente publicamos na íntegra a Portaria MS 2.616/98, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição à Portaria MS 930/92. As principais alterações são comentadas a seguir, ao lado de uma análise crítica a respeito de suas repercussões para a assistência à saúde em nosso país.

PORTARIA MS 2616/98

MINISTÉRIO DA SAÚDE Gabinete do Ministro

Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I, art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”;

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções hospitalares. Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Política de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o

exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art. 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

Barjas Negri

PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

ANEXO I

Organização

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

2.1 A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1 O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3 Os membros consultores serão representantes dos seguintes serviços:

- 2.3.1. serviço médico;
- 2.3.2. serviço de enfermagem;
- 2.3.3. serviço de farmácia;
- 2.3.4. laboratório de microbiologia;
- 2.3.5. administração.

2.4 Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem aos números 2.3.1 e 2.3.2.

2.5 Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução programada de controle de infecção hospitalar;

2.5.1. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1. — Um dos membros executados deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2. — A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número 2.5.1.

2.5.1.3. — Nos hospitais com leitos destinados a paciente críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração.

2.5.1.3.1. Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos:

2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);

2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;

2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;

2.5.1.3.1.6. pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2.5.1.4 — Admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1;

2.5.1.5 — Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1., a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independentemente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6 — Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7 — Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8 — O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

Competências

3. A CCIH do hospital deverá:

3.1 elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

3.1.1 implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;

3.1.2 adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao controle das infecções hospitalares;

3.1.3 capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.4 uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.2 avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIH;

3.3 realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

3.4 elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

3.5 elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6 adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

3.7 definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

3.8 cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

3.9 elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

3.10 cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

3.11 notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

3.12 notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associados à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

4. Caberá à autoridade máxima da instituição:

4.1 constituir formalmente a CCIH;

4.2 nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

4.3 propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

4.4 aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

4.5 garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, in-

dependentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

4.6 garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

4.7 informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH e às alterações que venham a ocorrer;

4.8 fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, compete:

5.1 definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;

5.2 apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.3 coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.4 estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

5.5 estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar;

5.6 promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimento do controle de infecção hospitalar;

5.7 cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;

5.8 identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;

5.9 prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e no controle de infecção hospitalar;

5.10 acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e no controle das infecções hospitalares;

5.11 estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;

5.12 estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;

5.13 planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;

5.14 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.

6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

6.1 definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;

6.2 estabelecer normas, em caráter suplementar, para prevenção e controle de infecção hospitalar;

6.3 descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos municípios;

6.4 prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;

6.5 coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;

6.6 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;

6.7 informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

7. Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

7.1 coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do município;

7.2 participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar;

7.3 colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;

7.4 prestar apoio técnico às CCIH dos hospitais;

7.5 informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

ANEXO II

Conceitos e Critérios Diagnósticos das Infecções Hospitalares

1. Conceitos básicos.

1.1 Infecção comunitária (IC):

1.1.1 é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

1.1.2 São também comunitárias:

1.1.2.1 a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2 a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada, e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3 as infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2 Infecção hospitalar (IH):

1.2.1 é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1 Princípios:

2.1.1 o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1 evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2 resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.

2.1.1.3 evidências de estudos com métodos de imagem;

- 2.1.1.4 endoscopia;
- 2.1.1.5 biópsia e outros.
- 2.2 Critérios gerais:

2.2.1 quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, foi isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2 quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, conveniona-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3 são também convenionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4 as infecções em recém-nascidos são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas à bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5 os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica.

3.1 as infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2 a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

3.2.1 Cirurgias Limpas — são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetração nos tratos digestivos, respiratório ou urinário;

3.2.2 Cirurgias Potencialmente Contaminadas — são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivos, respiratório ou urinário sem contaminação significativa;

3.2.3 Cirurgias Contaminadas — são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria;

3.2.4 Cirurgias Infectadas — são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

ANEXO III

Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo;

2.1 São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são:

5.1 Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2 Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentam infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3 Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4 Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5 Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1 e 5.2 sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes-dia, no período:

5.5.1. O número de pacientes-dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6 Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos-dia:

5.6.1. O número de pacientes-dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7 Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8 Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologia, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

5.9 Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir dos espécimes encontrados.

5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos:

5.10.1 Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

5.10.2 Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

5.11 Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

5.12 Consideram-se obrigatórias as informações relativas aos indicadores epidemiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11, no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados.

6. Relatórios e Notificações

6.1 A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

6.2 O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

6.3 É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

6.4 O relatório de vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

ANEXO IV

Lavagem das Mãos

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente.

2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.

4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessárias, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades.

4.1 A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1 A lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em:

- realização de procedimentos invasivos;
- prestação de cuidados a pacientes críticos;
- contato direto com feridas e/ou dispositivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis de assistência hospitalar.

6.1 A distribuição e localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.

ANEXO V

Recomendações Gerais

1. A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1 Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, 1994 — princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde — Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, ou outras que as complementem ou substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde — Manual de Lavanderia Hospitalar, 1ª edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde — Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam (Of. nº 31/98).

A Portaria 2.616/98 representou a adequação da antiga regulamentação ministerial às novas determinações da Lei Federal 9.431 de 06 de janeiro de 1997. A partir de um projeto de lei que aperfeiçoava a Portaria MS 930/92, esta lei, aprovada pelo Congresso, foi vetada em vários de seus artigos, causando um profundo impacto negativo, principalmente diante dos profissionais, que de alguma forma atuavam no controle efetivo das infecções hospitalares (ver Capítulo 93). Apesar da controvérsia instalada, a referida lei teve como aspecto positivo a destacar ter tornado obrigatória a existência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais.

Como as portarias anteriores, a 2.616/98 é composta por cinco anexos com as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. O Anexo I trata da organização e competências do programa e da comissão de controle de infecção. No Anexo II temos conceito e critérios diagnósticos das infecções hospitalares; no Anexo III temos orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores; nos Anexos IV e V observamos recomendações sobre a lavagem das mãos e outros temas como uso de germicidas, microbiologia, lavanderia e farmácia, dando ênfase à observância de publicações anteriores do Ministério da Saúde.

O Anexo I mantém as definições da CCIH e PCIH da Lei Federal. Há uma melhor especificação da composição da CCIH, que deverá ter seus membros formalmente designados pela direção do hospital, incluindo seu presidente, que fará obrigatoriamente parte do conselho diretivo da instituição. Os membros são divididos em consultores e executores, sendo estes últimos encarregados da execução do PCIH, representando o ex-Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

(SCIH). Uma importante novidade é que a sua composição deve ser informada ao órgão oficial municipal ou estadual.

Na composição deste serviço observamos uma importante alteração, ao recomendar preferentemente um enfermeiro e que o segundo profissional de nível superior não seja necessariamente um médico. A carga horária recomendada anteriormente (6 horas diárias para o enfermeiro e 4 horas diárias para o outro profissional, para cada 200 leitos) foram acrescidas duas horas adicionais de trabalho diário para cada 10 leitos destinados aos pacientes críticos (terapia intensiva, berçário de alto risco, queimados, transplante de órgãos, pacientes hemato-oncológicos ou com AIDS). Isto parte do princípio que a vigilância e as medidas de controle nestas unidades requerem atenção diferenciada. Entretanto, esta composição deve acompanhar a política de recursos humanos do hospital como um todo, particularmente nas instituições com deficiências de pessoal em outras áreas essenciais do atendimento.

A competência da CCIH na Portaria 2.616/98 é um somatório do que foi atribuído à CCIH e ao SCIH na recomendação anterior, acrescido de novas e importantes determinações, de acordo com as características e necessidades da instituição. Dentre estas destacam-se: o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares. Além disso, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, deve definir uma política de utilização de antimicrobianos e na ausência de um núcleo de epidemiologia deve informar às autoridades sanitárias os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória, relatar as informações epidemiológicas solicitadas e os casos suspeitos de estarem relacionados à utilização de insumos ou produtos industrializados. Estas novas recomendações objetivam tornar mais atuante as ações de controle de infecção, integrando-as na estrutura administrativa da instituição, substituindo seu papel eminentemente consultivo para participar com maior profundidade dos processos decisórios. Além disso, aprimora a integração do controle de infecção com as autoridades sanitárias.

Outro aspecto importante introduzido por esta nova portaria é a atribuição de competências específicas ao Estado, seja em nível federal, estadual ou municipal. Para a Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde ficou a definição das diretrizes e sua coordenação geral, apoiando a descentralização das ações, estabelecendo as normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecções. É deste nível a responsabilidade para promover a articulação com órgãos formadores, para a difusão do conhecimento do controle de infecções, cooperando com a capacitação dos profissionais de saúde, identificando serviços de referência. Destacamos que muitas destas atividades, mesmo sem estar formalmente estabelecidas, já foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, mas depois foram inexplicavelmente abandonadas.

Além disso, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Política de Saúde e da Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, deve cooperar técnica, política e financeiramente com as ações desenvolvidas pelos estados e municípios, acompanhando e avaliando-as, procurando estabelecer um sistema nacional sobre infecção hospitalar, divulgando indicadores da sua magnitude, gravidade e qualidade das

ações de controle. Assim, os dados seriam coletados regionalmente e encaminhados ao Ministério da Saúde para uma consolidação de caráter nacional. Logo, compete às coordenações estaduais e municipais definir as normas locais, descentralizando efetivamente as ações, prestando apoio técnico, financeiro e político aos municípios, acompanhando, avaliando e divulgando os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar, além de informá-los periodicamente ao Ministério da Saúde. Para os municípios cabe adicionalmente acompanhar os hospitais nas ações de controle de infecção, prestando apoio técnico à sua execução.

De acordo com o que foi noticiado pela imprensa leiga, existe uma tendência a se tornar as infecções hospitalares uma doença de notificação compulsória. Apesar da importância inquestionável de termos dados nacionais a respeito deste problema de saúde pública, esta medida deve ser repensada, tendo em vista o questionável valor prático de sua implantação nestes moldes e principalmente das possíveis repercussões no atendimento à saúde, particularmente para os que são assistidos pela iniciativa privada, onde muitas vezes as patologias de notificação compulsória não são cobertas pela preestabelecida abrangência contratual de assistência. Assim, tememos as sérias consequências para cada um destes pacientes, que ficariam à mercê de seus próprios recursos, de eventuais demandas jurídicas contra os hospitais ou seus convênios, ou estariam sobrecarregando o sistema público de atendimento, como já acontece com a maioria das doenças que atualmente são de notificação compulsória. A nosso ver, seria preferível que as instituições fossem obrigadas a notificar periodicamente seus indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar e estes dados seriam consolidados em um sistema de vigilância epidemiológica, como aliás está recomendado atualmente.

Os critérios diagnósticos de infecção hospitalar, discutidos no Anexo II, sofreram uma importante alteração no que refere à classificação das infecções em recém-nascidos. Assim, passaram a ser consideradas comunitárias, além das transmitidas de forma transplacentária, aquelas associadas à bolsa rota por período superior a 24 horas. Nos Capítulos 10 e 26 desenvolvemos um conceito distinto, utilizando além do critério tempo de bolsa rota, no caso considerado 72 horas a partir da internação, também o local de ocorrência deste evento, considerando hospitalar todas infecções relacionadas às bolsas que se rompem após a admissão da parturiente. Outro ponto enfatizado é a necessidade de se informar os casos de IH adquiridas em outro hospital à Coordenação Estadual/Distrital/Municipal ou à instituição de origem.

Este mesmo anexo apresenta uma classificação das cirurgias por potencial de contaminação, que, de acordo com sua recomendação, deverá ser feita pelo cirurgião, ao final do ato operatório. Basicamente, o princípio que norteia estes critérios coincide com o exposto no decorrer deste livro, ou seja, o intra-operatório determina a classificação e não mais aquelas "famosas" listas de procedimentos, que classificavam-no arbitrariamente e previamente. Assim, as cirurgias limpas são as realizadas sem intercorrências em tecidos estéreis. As operações potencialmente contaminadas ocorrem em tecidos colonizados com flora pouco numerosa e em tecidos estéreis mas com falhas técnicas discretas ou drenagem. Os procedimentos contaminados são executados nos casos de tecidos recente-

mente traumatizados ou abertos, falhas técnicas grosseiras, inflamação aguda, cicatrização em segunda intenção, ou em locais com flora bacteriana abundante. Finalmente, as cirurgias infectadas são aquelas realizadas em presença de supuração ou necrose. Esta classificação, embora parta do mesmo princípio, apresenta discretas diferenças em relação à apresentada nos Capítulos 19 e 80.

No Anexo III, o conceito de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares determina a observação ativa, sistemática e contínua da sua distribuição e dos eventos e condições que afetam sua ocorrência. Inclui também a possibilidade de avaliar pacientes não hospitalizados, nos métodos de vigilância pós-alta (Capítulos 19 e 78) e principalmente que as atividades devem ser realizadas "com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle", ou seja, a consolidação e interpretação dos dados deve ser ágil, indicando rapidamente as prioridades das ações de controle, possibilitando resultados práticos desta atividade. Permanece a recomendação pelos métodos ativos de vigilância, que deverão ser adequados às características do hospital. Foi introduzida também a possibilidade de realizar o método apenas em determinados setores do hospital, de acordo com as opções desenvolvidas pelos componentes da metodologia NNIS (Capítulo 80).

Todos os indicadores recomendados pela portaria são explicados nos Capítulos 75 e 80. É obrigatório pelo menos o cálculo da taxa de infecção hospitalar; taxa de pacientes com infecção hospitalar; distribuição percentual dos episódios de IH; e a taxa de letalidade associada à infecção hospitalar. Os dois primeiros podem ser obtidos em relação ao total de diárias (pacientes-dia) e não apenas em relação às saídas, calculando-se assim a densidade de incidência que melhor reflete a exposição dos doentes a estes episódios. Existem duas diferenças básicas com o que foi exposto neste livro, nos referidos capítulos. Primeiro, é recomendado que a frequência das infecções por microrganismos seja calculada a partir do número de episódios de infecção hospitalar e não pelo total de agentes isolados, caso em que obtemos a sua distribuição. Em segundo lugar, é sugerido que o dimensionamento do consumo de antibióticos seja feito através do cálculo do percentual de pacientes que utilizaram estas drogas e pela frequência relativa do emprego de cada princípio ativo. Ressaltamos que o cálculo da Dose Diária Definida (Capítulo 60), recomendada pelo Manual de Farmácia Hospitalar editado pelo próprio Ministério da Saúde, é um melhor indicador da utilização destas drogas.

O Anexo IV é dedicado especificamente à lavagem das mãos, identificada como a mais importante ação para o controle das infecções hospitalares, devendo ser realizada após contatos que envolvam mucosas, secreções, excretas e sangue ou outros fluidos corpóreos. Mesmo na assistência a um único paciente ela deve ser realizada sempre que envolver a manipulação de um outro sítio corporal. Adicionalmente é recomendada a lavagem com anti-sépticos na realização de procedimentos invasivos, prestação de cuidados a doentes críticos e no contato direto com feridas ou dispositivos invasivos como cateteres e drenos. Por sua vez, o Anexo V traz recomendações gerais sobre o uso de germicidas (mantendo a proibição do emprego de vários anti-sépticos tradicionais), normas para limpeza, desinfecção e esterilização, além de orientações

para os procedimentos na área de microbiologia, lavanderia e farmácia, sempre recomendando o seguimento das orientações definidas em portarias e normas previamente elaboradas pelo Ministério da Saúde.

SHEA POSITION PAPER: INFRA-ESTRUTURA E ATIVIDADES ESSENCIAIS DO CONTROLE DE INFECÇÃO E DA EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR

Em abril de 1996, a Society for Healthcare Epidemiology of America estabeleceu recomendações consensuais sobre a infra-estrutura e atividades essenciais para os programas de controle de infecção e epidemiologia hospitalar.

Apresentaremos de forma sintética as principais recomendações, classificadas em três diferentes categorias: I para as comprovadas por estudos bem direcionados; II para as ações recomendadas a partir da experiência ou opinião de autoridades respeitadas; III para as que são recomendadas quando requeridas por regulamentos ou leis governamentais (os Capítulos 75 a 82 trazem informações fundamentais para a aplicação de todas estas recomendações).

Recomendação 1: Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. (categoria I)

O sistema de vigilância deve incorporar no mínimo os seguintes elementos:

- Identificação e descrição do problema ou evento a ser estudado.
- Definição da população de risco.
- Seleção de metodologia adequada, incluindo as ferramentas estatísticas e estratificação do risco.
- Identificação e descrição da metodologia empregada.
- Definição dos indicadores epidemiológicos.
- Preparação e distribuição de relatórios.
- Seleção dos eventos específicos a serem monitorados.
- Comparação com resultados obtidos em outras instituições para validação e *benchmark*.

Recomendação 2: Os dados devem ser analisados apropriadamente e utilizados para monitorar o controle de infecção e o resultado do atendimento hospitalar. (categoria I)

Recomendação 3: Os critérios delineados pela SHEA e APIC devem ser seguidos na comparação de indicadores e performance clínica. (categoria II)

Devem ser observados os seguintes parâmetros nestes indicadores e sua análise:

- Relação com o processo ou resultados.
- Habilidade para medições qualitativas das variações.
- Definição dos numeradores e denominadores.
- Os dados devem ser fidedignos e viáveis.
- Deve-se realizar apropriado ajuste de riscos.
- Na comparabilidade de populações distintas, ajustes devem ser empregados, particularmente quanto à gravidade.
- Treinamento da equipe na implementação dos indicadores.

- Realizar *benchmark* das padronizações utilizadas no atendimento aos pacientes.

Recomendação 4: Estabelecer rotinas escritas das medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares, divulgando-as, implementando-as e atualizando-as periodicamente. (categorias II e III)

- Os princípios e os procedimentos devem ser validados cientificamente, revisados periodicamente pelo menos em relação à sua praticidade e ao custo, visando ao aprimoramento da prevenção das infecções hospitalares e da qualidade assistencial.

Recomendação 5: A metodologia de trabalho deve ser monitorada periodicamente em relação à sua performance. (categorias II e III)

Recomendação 6: Os serviços de saúde devem manter profissionais para o controle de infecções hospitalares, que deverão seguir as recomendações legais e dos serviços de acreditação. (categoria II)

Recomendação 7: Os profissionais de controle de infecção devem ter livre acesso ao *Staff* e aos registros médico-hospitalares relevantes à sua atividade, para a obtenção de informações e avaliação da adequação da instituição com as normas determinadas pela legislação e sistemas de acreditação. (categoria II)

Recomendação 8: O programa de controle de infecção deve colaborar com as autoridades sanitárias, informando-as sobre as doenças de notificação compulsória e as condições relacionadas à assistência às doenças transmissíveis. (categorias II e III)

Recomendação 9: Os profissionais do controle de infecção devem colaborar com a equipe de saúde ocupacional. (categoria II)

- O programa de controle de infecção deve revisar e aprovar toda a política e procedimentos desenvolvidos para prevenir a transmissão de doenças no hospital.
- A equipe de controle de infecção deve apoiar os profissionais da saúde ocupacional em relação às doenças infecciosas.

Recomendação 10: Todos os profissionais de saúde devem ser avaliados em programas específicos para as doenças transmissíveis. (categorias II e III)

Esta avaliação deve incluir pelo menos:

- História clínica, incluindo estado imune e as condições predisponentes para a aquisição de doenças transmissíveis.
- Teste cutâneo para tuberculose.
- Perfil sorológico para as doenças que apresentam risco e são preveníveis por vacinação.

Recomendação 11: Os profissionais de saúde devem ser submetidos periodicamente a avaliações de novas condições relacionadas às doenças transmissíveis, particularmente se ligadas à sua atividade; como exemplo citamos a revisão da imunização e o teste cutâneo para tuberculose. (categorias II e III)

- Os registros médicos devem ser confidenciais.
- O programa de saúde deve contemplar pelo menos a imunização e o teste cutâneo contra a tuberculose.

Recomendação 12: Deve ser fornecido aos profissionais imunização indicada para as doenças transmissíveis. (categorias I e III)

- A imunização deve estar baseada na legislação e recomendações de comitês de especialistas.

¹ SHEA Position Paper. Requirements for Infrastructure and Essential Activities of Infection Control and Epidemiology in Hospitals: A Consensus Panel Report. *Infect Control Hosp Epidemiol* 19:114-124, 1998.

Recomendação 13: O programa de saúde ocupacional deve abranger procedimentos para acompanhamento de todos os funcionários enfermos, destacando-se os casos suspeitos de doenças transmissíveis, indicações para restrição ao trabalho e a avaliação daqueles que foram expostos às doenças infecciosas, incluindo a profilaxia pós-exposição e restrições ao trabalho. (categoria I)

Recomendação 14: Todas as instituições de saúde devem estar capacitadas para identificar a ocorrência de surtos de infecção. (categoria I)

- O grupo executivo do controle de infecção deve revisar regularmente os registros da microbiologia para identificar alterações do padrão habitual dos microrganismos isolados.
- Nos locais de atendimento que não são avaliados por métodos ativos de vigilância, o grupo executivo do controle de infecção deve manter contato com a equipe de atendimento para receber indícios da ocorrência de surtos de infecção, avaliar a execução dos procedimentos de controle de infecção e atender às dúvidas dos profissionais.

Recomendação 15: Todas as instituições de saúde devem ter acesso a serviços e equipes treinadas na condução de investigação de surtos. (categoria II)

Recomendação 16: Na vigência de um surto, o grupo executivo do controle de infecção deve assegurar recursos e autoridade para realizar em tempo hábil a investigação epidemiológica e a implementação das medidas apropriadas de controle. (categoria II)

Recomendação 17: Todas as instituições de saúde devem desenvolver programas educativos em prevenção e controle das infecções hospitalares, envolvendo todos os profissionais de saúde. (categorias II e III)

- O grupo executivo do controle de infecção deve ter conhecimentos de epidemiologia e doenças infecciosas. Ele deve participar ativamente do planejamento e da execução dos programas educativos.

Recomendação 18: Os programas educativos devem ser avaliados periodicamente quanto à sua efetividade, e seus resultados devem ser monitorados. (categorias II e III)

- Os programas educativos devem atender às necessidades dos grupos ou departamentos para os quais eles foram desenvolvidos e devem proporcionar o ensino de práticas de trabalho para profissionais com um amplo conhecimento e responsabilidade.

Recomendação 19: A equipe e a infra-estrutura, incluindo serviços de secretaria, disponíveis para os programas de controle de infecção e epidemiologia hospitalar, devem ser proporcionais ao tamanho, complexidade e risco estimado dos pacientes da instituição. (categoria II)

Recomendação 20: Todos os hospitais devem ter continuamente os serviços de profissionais treinados em epidemiologia hospitalar e controle de infecção. (categoria I)

Recomendação 21: A equipe executora do controle de infecção deve ser estimulada a obter certificado em controle de infecção. (categoria II)

Recomendação 22: Todas as instituições de saúde devem possuir ou tornar acessível uma infra-estrutura adequada para as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, incluindo recursos de escritório, equipamentos, estatística,

informática, microbiologia clínica e serviço de laboratório de patologia. (categoria II)

Recomendação 23: Devem ser providenciados recursos para a educação profissional contínua do epidemiologista hospitalar e do grupo executivo do controle de infecção. (categoria II)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 930, de 27 ago 1992. Diário Oficial da União, Brasília, 4 set 1992.
2. Brasil, Presidência da República. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Diário Oficial da União, Brasília, 7 jan 1997.
3. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 704, 1988.
4. Haley RW. Managing hospital infection control for cost-effectiveness. American Hospital Publishing, Chicago, 91, 1986.
5. Farias MEG. Política de control de las infecciones hospitalarias en el Brasil. In: Paganini JM, Novaes HM. La garantía de calidad. El control de infecciones hospitalarias. Organización Panamericana de la Salud, Washington: 39-55, 1991.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 jun 1983. Diário Oficial da União, Brasília, 28 jun 1983.
7. Lacerda RA, Jouclas VMG, Egly EY. A face iatrogênica do hospital. São Paulo: Editora Atheneu, 17, 1996.
8. Sepaco (CCIH). A comissão de infecção hospitalar como fator de humanização do hospital. O mundo da saúde. I trimestre 1983, 26-34, 1983.
9. Zannon U. Curso sobre controle de infecções hospitalares. Cedas, São Paulo, 59, 1977.
10. Zannon U, Hendriks HM. Infecções hospitalares — coletânea. Cedas, São Paulo: 224, 1978.
11. Zannon U, Rego CAM. O problema médico social das infecções hospitalares. O mundo da saúde. IV trimestre 1979, 228-233, 1979.
12. Zannon U et al. Infecções hospitalares. O mundo da saúde. II trimestre-1979, 100-103, 1979.
13. Cardo DM. Comparação entre dois métodos de coleta de dados de infecção hospitalar em hospital de ensino. Dissertação de Mestrado — Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1987.
14. Cardo DM. Validação do método ativo de coleta de dados e análise dos principais indícios da detecção de infecção hospitalar em hospital de ensino nacional. Dissertação de Doutorado — Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1989.
15. Zannon U. Curso sobre controle de infecções hospitalares. Cedas: São Paulo, 59, 1977.
16. Zanon U, Hendriks HM. Infecções hospitalares-coletânea. Cedas: São Paulo, 224, 1978.
17. Emori TG, Culver DH, Horan TC et al. National nosocomial infections surveillance (NNIS) system: description of surveillance methodology. AJIC Am J Infect Control 19:19-35, 1991.
18. Jornal do Sindhosp. Lei regula controle da infecção hospitalar, 143, 11 janeiro 1997.
19. Haley RW. The development of infection surveillance and control programs. In: Bennett JV, Brachman PS, ed. Hospital infections. Boston: Little, Brown and Company, 69-70, 1992.
20. Scholtes RP. Times da qualidade — como usar equipes para melhorar a qualidade. Qualitymark, 4.1-4.44, Rio de Janeiro, 1992.
21. Gardner AMN, Stamp M, Bowgen JA, Moore B. The infection control sister. Lancet, 2:710, 1962.
22. Centers for Disease Control. Outline for surveillance and control of nosocomial infections. Atlanta: Centers for Disease Control, 1972.
23. Haley RW. The development of infection surveillance and control programs. In: Bennett JV, Brachman PS, ed. Hospital infections. Boston, Little, Brown and Company, 70-71, 1992.
24. Emori TG, Haley RW, Stanley RC. The infection control nurse in U.S. hospitals, 1976-1977: characteristics of the position and its occupant. Am J Epidemiol 111:592, 1980.
25. Ayliffe GAJ, Lowbury EJJ, Geddes AM, Williams JD. Control of hospital infection. London: Chapman & Hall Medical, 16-17, 1992.
26. Haley RW. The development of infection surveillance and control programs. In: Bennett JV, Brachman PS, ed. Hospital infections. Boston, Little Brown and Company, 69-70, 1992.

27. Howard AJ. Infection control organization in hospitals in England and Wales, 1986. Report of a survey undertaken by a Hospital Infection Society Working Party. *J of Hosp Infect* 11:183. 1988.
28. Boyce JM. Hospital epidemiology in smaller hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 16:600-606, 1995.
- 28a. Widmer AF, Sax H, Pittet D. Infection control and hospital epidemiology outside the United States. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 20: 17-21, 1999.
29. Pereira MG. *Epidemiologia. Teoria e prática*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 543-546. 1995.
30. The Quality Indicator Study Group. An approach to the evaluation of quality indicators of the outcome of care in hospitalized patients, with a focus on nosocomial infection indicators. In: Olmsted RN, ed. *Infection control and applied epidemiology*. Saint Louis: Mosby, 124.1-124.9, 1996.
31. Fischmann. *Vigilância epidemiológica*. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro, Medsi, 421, 1994.
32. Perl TM. Surveillance, reporting, and the use of computers. In: Wenzel RP, ed. *Prevention and control of nosocomial infections*. Baltimore: Williams & Wilkins, 139-176, 1993.
33. Pfaller MA. *Microbiology: the role of the clinical laboratory*. In: *hospital epidemiology and infection control* In: Wenzel RP, ed. *Prevention and control of nosocomial infections*. Baltimore: Williams & Wilkins, 385-405. 1993.
34. Garner JS, Jarvis WR, Emore TG et al. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *Am J Infect Control* 16:28-40, 1988.
35. Lee TB, Baker OG. Surveillance. In: Olmsted RN, ed. *Infection control and applied epidemiology*. St. Louis: Mosby, 5.1-5.18, 1996.
36. Brasil, Ministério da Saúde. Curso de introdução ao controle de infecção hospitalar. Caderno 1-4, 1985.
37. Checko PJ. Outbreak investigation. In: Olmsted RN, ed. *Infection control and applied epidemiology*. St. Louis, Mosby, 4.1-4.10, 1996.
38. Rutala WA, Shafer KM. General information on cleaning, disinfection, and sterilization. In: Olmsted RN, ed. *Infection control and applied epidemiology*. St. Louis: Mosby, 15.1-15.17, 1996.
39. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 17:53-80, 1996.
40. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 54, de 18 abr 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 abr 1996.
41. Sherertz RJ, Marosok RD, Streed SA. Infection control aspects of hospital employee health. In: Wenzel RP, ed. *Prevention and control of nosocomial infections*. Baltimore: Williams & Wilkins, 295-332, 1993.
42. Hoffmann KK, Clontz EP. Education of health care workers in the prevention of nosocomial infections. In: Mayhall CG, ed. *Hospital epidemiology and infection control*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1086-1094, 1996.
43. The Quality Indicator Study Group. An approach to the evaluation of quality indicators of the outcome of care in hospitalized patients, with a focus on nosocomial infection indicators. In: Olmsted RN, ed. *Infection control and applied epidemiology*. St. Louis: Mosby, 124.1-124.9, 1996.
44. Conti MT, Jacobson JT. Quality concepts. In: Olmsted RN, ed. *Infection control and applied epidemiology*. St. Louis: Mosby, 125.1-125.12, 1996.